

**PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS DE DAKOTA DEL SUR
(CHIP) / SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA**

Este formulario es usado para solicitar cobertura de salud GRATUITA para los hijos menores de 19 años. También puede ser usado para cobertura de salud GRATUITA para mujeres embarazadas y familias con niños. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su oficina local de Servicios Sociales. Si necesita más espacio, use una hoja adicional de papel e incluya la información tal como aparece en este formulario. Las leyes federales y estatales prohíben la discriminación en todos los programas y actividades del Departamento de Servicios Sociales, con base en la raza, color, nacionalidad de origen, sexo, religión, edad, incapacidad o creencias políticas. (No todos los motivos de prohibición se aplican a todos los programas.) Para presentar una queja de discriminación escriba a División de Servicios Legales, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501 o llame al (605) 773-3305.

INSTRUCCIONES:

1. Lea cuidadosamente este formulario de solicitud y **responda cada pregunta completamente.**
2. Si necesita ayuda para completar o entender este formulario, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales del condado donde usted vive.
3. **Proporcione pruebas de sus ingresos, seguro y gastos de guardería o pensión para menores.** No tiene que enviar los documentos originales, las copias son suficientes.
4. Firme y ponga fecha a este formulario de solicitud. (Si los dos padres están en casa, ambos deben firmar)
5. Envíe la solicitud por correo, fax o llévela personalmente a su oficina local de Servicios Sociales. Se tomará una determinación dentro de los 45 días de la fecha en que se recibe su solicitud.

1. Infórmenos quién es usted y donde vive:

Primer nombre	Inicial	Apellido	Nombre de soltera u otro nombre (si tiene alguno)
Dirección postal.			Proporcione algún teléfono donde podamos llamarlo si tenemos alguna pregunta acerca de su solicitud.
Instrucciones para llegar a su casa si está ubicada en zona rural:			Teléfono de la casa: Teléfono del trabajo:
Ciudad/Estado/Código Postal			Otro teléfono:

Yo acepto que al solicitar y aceptar asistencia médica delego todos mis derechos al apoyo médico, procedimientos del seguro o ambos que el solicitante o beneficiario pudiera tener. Yo acepto que la información proporcionada será verificada por computadora con los registros de otras agencias tales como el Seguro Social o el Servicio de Rentas Internas (IRS). Yo acepto que las leyes Estatales y Federales establecen multas, prisión o ambas para cualquier persona culpable de recibir asistencia para la cual no está autorizada o por ocultar o proporcionar información falsa. Yo acepto que la pena por perjurio es una multa de hasta \$5000, una sentencia de hasta cinco años de prisión, o ambas.

_____ Fecha ____/____/____
Firma

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo doy mi consentimiento a cualquier persona, agencia o institución a proporcionar información al Departamento de Servicios Sociales acerca de mi persona o mi familia y permitir la inspección y copia de los registros acerca de mi persona o mi familia, por cualquier representante del Departamento. Yo autorizo al Departamento a divulgar la información a los proveedores, el Estado o las agencias federales. Se otorga este consentimiento sólo para uso del Departamento en la administración de sus programas. Su vigencia continuará hasta que yo declare por escrito que ya no tiene validez. Yo libero de cualquier responsabilidad legal hacia mi persona y mi familia, a cualquier persona, agencia o institución que pudiera proporcionar dicha información.

_____ Fecha ____/____/____
Firma

_____ Fecha ____/____/____
Firma del cónyuge /Otro padre en el hogar

Esta casilla es sólo para uso interno			
Fecha de recepción		Número de caso	

2. Infórmenos quién vive en la casa:

Empiece con la persona que completa este formulario. *La información sobre Raza, Número de Seguro Social (SSN) y ciudadanía es opcional para personas que NO están solicitando el CHIP/asistencia médica.

Primer nombre	Inicial	Apellido	CHIP/ Asist.Médica solicitada	Fecha de nacimiento	*Raza/Etnia (Marque lo que aplique)	Relación con la persona que completa este formulario (cónyuge, amigo, hijo, etc.)	*Ciudadano de los EE.UU.	Estado civil
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____/____/____	Hispano o Latino ___ Sí ___ No	USTED	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero
Último grado de educación completado ____				Número de Seguro Social ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> Indio amer. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Lengua materna <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____/____/____	Hispano o Latino ___ Sí ___ No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero
Último grado de educación completado ____				Número de Seguro Social ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> Indio amer. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Lengua materna <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____/____/____	Hispano o Latino ___ Sí ___ No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero
Último grado de educación completado ____				Número de Seguro Social ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> Indio amer. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Lengua materna <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____/____/____	Hispano o Latino ___ Sí ___ No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero
Último grado de educación completado ____				Número de Seguro Social ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> Indio amer. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Lengua materna <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____/____/____	Hispano o Latino ___ Sí ___ No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero
Último grado de educación completado ____				Número de Seguro Social ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> Indio amer. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Lengua materna <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo

3. Infórmenos sobre el seguro de salud:

 **SÍ** **NO** ¿Alguna de las personas que quieren acogerse al CHIP/Asistencia Médica tiene cobertura de algún seguro de salud?
(ADJUNTE PRUEBAS DEL OTRO SEGURO, TALES COMO UNA TARJETA DEL SEGURO (FRENTE Y PARTE POSTERIOR) O DECLARACIÓN DE BENEFICIOS SI EXISTE COBERTURA, INCLUYENDO SEGUROS DE OTROS PAÍSES.)

Escriba el nombre de la persona solicitante del CHIP/Asistencia Médica que ya tiene seguro	Seguro		Nombre y dirección de la compañía de seguros	Nombre del empleador con seguro (si tiene alguno)	N° de póliza/grupo Tipo de seguro	Nombre del asegurado
	Fecha de inicio	Fecha de término				
_____	___/___/___	___/___/___			# _____ <input type="checkbox"/> Hospitalización y ambulatoria <input type="checkbox"/> Farmacia y Visión <input type="checkbox"/> Solo hospitalización <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Solo ambulatoria <input type="checkbox"/> Excluye cobertura de embarazo <input type="checkbox"/> Otro _____	Si es uno de los padres, ¿éste padre vive en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	___/___/___	___/___/___				
_____	___/___/___	___/___/___				

SÍ **NO** ¿Alguien ha perdido recientemente el trabajo y el seguro grupal de salud?
Si su respuesta es sí, nombre del empleador _____ Fecha en que terminó el seguro ____ / ____ / ____

SÍ **NO** ¿Alguien se ha retirado de un seguro grupal de salud en los últimos 3 meses?
Si su respuesta es sí, incluya nombre(s) _____ Razón del retiro _____

SÍ **NO** ¿Alguno de los menores solicitantes del CHIP/Asistencia Médica es elegible para ser inscrito en el seguro de empleados del Estado con el padre con quien vive?

SÍ **NO** ¿Alguno de los solicitantes del CHIP/Asistencia Médica ha recibido atención médica en los últimos 3 meses?
Si su respuesta es sí, incluya nombre(s) _____ Fecha de la atención médica (Mes/Año) _____

 (ADJUNTE PRUEBA DE SUS INGRESOS DEL/DE LOS MES(ES) EN QUE RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA SI FUÉ EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES)

4. Infórmenos:

SÍ **NO** ¿Alguien está solicitando cobertura médica por embarazo? **Si su respuesta es sí, incluya el nombre de la(s) persona(s) embarazada(s) y la(s) fecha(s) probable(s) de parto(s)**

Nombre _____

Mes/año de parto _____

SÍ **NO** Si está solicitando cobertura médica por embarazo, ¿hay algún plan para maternidad sustituta o adopción? **(SI SU RESPUESTA ES SÍ, PROPORCIONE INFORMACIÓN SOBRE CUALQUIER ACUERDO RELACIONADO A LA COBERTURA DE LOS GASTOS MÉDICOS.)**

Indique todos los ingresos de todas las personas que viven en la casa. En el caso de un menor que viva con alguna otra persona que no es uno de sus padres, sólo indique los ingresos del niño. En el caso de una mujer embarazada de 18 años o mayor, NO incluya los ingresos de sus padres.

5. Infórmenos acerca de los ingresos:

 **SÍ** **NO** ¿Alguien mayor de 18 años está trabajando? (Si su respuesta es sí, complete la siguiente información para cada empleo)
(ADJUNTE PRUEBAS DE TODOS LOS SALARIOS ACTUALES TALES COMO TALONES DE PAGO O UNA CARTA DE SU EMPLEADOR PARA CADA EMPLEO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. INGRESE EL PAGO BRUTO, NO EL PAGO NETO)

1 ^{er} nombre	Inicial 2 ^{do} nombre	Apellido	¿En dónde trabaja?	Horas por semana y salario por hora	Frecuencia de pago	Total PAGO BRUTO (Incluye propinas que recibe cada mes)
					<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes	\$
					<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes	\$
					<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes	\$

SÍ **NO** ¿Alguno es trabajador independiente?
 Si la respuesta es sí, indique el tipo de trabajo _____. Usted debe proporcionar los formularios más recientes completos y firmados. (Proporcione el formulario completo). Si no tiene los formularios de impuestos, será necesario que presente el libro mayor o los registros de la oficina

 **SÍ** **NO** ¿Alguno de ellos recibe ingresos de otra fuente que no sea un empleo?
(ADJUNTE PRUEBA DE INGRESOS.) Ejemplos de ingresos a incluir son Seguro Social, pensión para menores, GA, ingresos por intereses, SSI, etc.

1 ^{er} nombre	Inicial 2 ^{do} nombre	Apellido	Tipo de ingresos	Frecuencia con que los recibe	Total PAGO BRUTO que usted espera este mes
				<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> otro	\$
				<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> otro	\$
				<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> otro	\$

6. Infórmenos acerca de sus gastos:

SÍ **NO** ¿Alguno paga pensión para menores?
 Si su respuesta es sí, quién paga _____ ¿Cuánto paga cada mes? \$ _____

 ¿A quién le paga por pensión para menores? _____
(ADJUNTE PRUEBAS A MENOS QUE EL PAGO LO HAGA A LA OFICINA DE APOYO INFANTIL DE DAKOTA DEL SUR)

SÍ **NO** ¿Alguien paga por cuidado infantil para poder trabajar?
 Indique sólo la suma pagada realmente. No incluya la suma pagada por ayuda para cuidado infantil o alguna otra fuente.
(ADJUNTE PRUEBA DE LOS PAGOS POR CUIDADO INFANTIL)

Primer nombre	Nombre del niño		Suma pagada	Frecuencia de pago	Persona que paga cuidado infantil			Nombre de la guardería o niñera
	Inicial	2 ^{do} nombre			Apellido	1 ^{er} nombre	Inicial	
			\$	por				
			\$	por				
			\$	por				



IMPORTANTE: Si sólo está solicitando asistencia médica para los niños, deténgase aquí. NO complete la página 4 si sólo está solicitando a nombre de sus hijos. Complete la página 4 si está solicitando cobertura por embarazo o si un pariente adulto que se encarga de un niño también está solicitando asistencia médica.



IMPORTANTE: Complete esta página SÓLO si está solicitando cobertura por maternidad o si un pariente adulto que se encarga de un niño también está solicitando asistencia médica.

7. Infórmenos acerca de los recursos:

Indique todos los recursos de los padres u otros parientes que proveen cuidado a los menores de 19 años o mujeres que estén solicitando cobertura relacionada con embarazo. Si está casado, indique los recursos de su cónyuge (marque sí o no para cada casilla a continuación) A continuación se detallan ejemplos de los recursos.

(Use una línea separada para cada persona si más de una tiene el mismo tipo de recursos.)	SÍ	NO	Si su respuesta es sí, de el valor	Propietario(s) (Incluya todos los copropietarios)			Nombre y dirección de la fuente y su ubicación	Número de cuenta
				1er nombre	Inicial 2do nombre	Apellido		
Dinero en efectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$					
Cuenta corriente (bancos, cooperativas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$					
Cuentas de ahorro (bancos, cooperativas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$					
Certificado de depósito (CD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$					
IRA/Keogh/401K	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$					
Fondos del mercado monetario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$					
Acciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$					
Bonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$					
Cuenta IIM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$					
Cuenta para gastos de sepelio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$					
Fondos fiduciarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$					
Contrato de una escritura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$					
Usufructo vitalicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$					
Caja de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$					
Seguros de vida vitalicios (no seguros a plazo fijo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$					
Cuenta de transferencia uniforme a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$					
Bonos de ahorro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$				Tipo de bono	Fecha de emisión
Bonos de ahorro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$				Tipo de bono	Fecha de emisión
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$					

Recursos	SÍ	NO	Propietario(s) 1er nombre	(Incluya todos los copropietarios) Inicial 2do nombre	Apellido	Año, marca y modelo	Valor	Saldo a pagar
Vehículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$
Vehículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$
Vehículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$
Vehículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$
Camión (twice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$
Camión (twice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$
Botes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$
Vehículo de recreación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$
Casa rodante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$
Motocicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$
Otro vehículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$
Equipo agrícola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$
Ganado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$

Propiedad	SÍ	NO	Propietario(s) 1er nombre	(Incluya todos los copropietarios) Inicial 2do nombre	Apellido	Ubicación de la propiedad	Valor	Saldo a pagar
Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$
Remolque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$
Terreno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$
Edificio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					\$	\$

7a. Si indicó una casa o un remolque, ¿es allí donde usted vive? SÍ NO

RECUERDE FIRMAR Y PONER FECHA EN LA PÁGINA FRONTAL.